

## COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR -- OBJETIVOS E FUNCIONAMENTO

*Vitor Hugo Della Valentina \**

**RESUMO:** Apresenta-se, a partir de dados de incidência, tempo de permanência de pacientes com infecção hospitalar e custos, as características de uma Comissão de Controle de Infecção. Destacam-se suas funções normativas e executivas, e como centro do sistema de vigilância epidemiológica. Evidenciam-se as vantagens de uma CCI dinâmica, como órgão assessor da Direção, na credibilidade do hospital e na melhor assistência ao paciente, à equipe e à comunidade.

### 1. HISTÓRICO

As infecções hospitalares vêm concentrando preocupações desde o século XIX e cada vez mais esforços são feitos, em todo o mundo, para a identificação, classificação e controle deste grave problema de saúde pública.

Inúmeros centros de saúde têm se preocupado com os mais diferentes aspectos das infecções hospitalares, desde os custos econômicos até as seqüelas que provocam nos indivíduos. Países como o Canadá, Estados Unidos e Inglaterra têm sido centros de referência para consulta, pesquisa e discussão sobre o assunto, sem esgotá-lo, já que constantemente são identificadas novas variáveis ou os antigos conceitos sofrem revisões.

Para darmos uma idéia do ponto de vista epidemiológico, da magnitude do problema, citamos o levantamento feito por Alexander nos EUA, que das 31.500.000 admissões em 1973, ocorreram 1.985.000 casos de infecção hospitalar, com percentual de 6,3%. A incidência de septicemias por microorganismos gram negativos foi de

\*Enfermeiro da Divisão de Controle Epidemiológico da Secretaria de Estado da Saúde; Enfermeiro da Comissão de Controle de Infecção do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

0,1% em relação ao total de internações, representando 315.000 pacientes atingidos por elas, com uma mortalidade de 79.000 pessoas. Como elemento comparativo citamos que, no mesmo ano, ocorreram 56.000 óbitos por acidentes automobilísticos.

Pesquisando os custos de pacientes com infecção, no mesmo ano, foi constatado que das 18.000.000 de cirurgias realizadas, 7,4% apresentaram infecção, correspondendo a um total de 1.332.000 pessoas. O custo unitário médio por caso de infecção foi estimado em 7.000 dólares.

Em 1977, Green e Wenzel relacionaram o tipo de cirurgia com o custo e o tempo de internação de pacientes com e sem infecção podendo ser visto no quadro a seguir.

#### RELAÇÃO ENTRE INFECÇÃO, CUSTO, TEMPO DE PERMANÊNCIA

CIRURGIA	SEM INFECÇÃO		COM INFECÇÃO	
	CUSTO (US\$)	Tempo internação (Dias)	CUSTO (US\$)	Tempo internação (Dias)
APENDICECTOMIA	705,51	6,3	1.394,48	12,3
CESAREANA	775,30	5,7	1.302,80	11,5
PONTE DE SAFENA	4.939,82	12,2	7.542,50	26

Fonte: Edmundo Machado Ferraz, in Manual de Controle de Infecção em Cirurgia.

No Brasil, não existem estudos sistemáticos nesta área. Alguns esforços isolados e trabalhos parciais têm sido publicados tentando estimar os índices em que ocorrem as infecções hospitalares no nosso país.

A incidência relatada destas infecções é bastante variável e isto se deve geralmente ao tipo de sistema de coleta de dados, registro e método de avaliação utilizados em cada hospital. Além destes elementos, podemos citar o tipo de serviço que predomina no hospital (cirurgia, obstetrícia, etc.), as condições de saúde e/ou doença que o paciente chega ao hospital (desnutrição, desidratação, etc.) e se os atendimentos são em caráter de urgência ou emergência, entre as múltiplas variáveis que apresenta o problema. Os estudos comparativos entre os índi-

ces encontrados nestes hospitais, geralmente, devem ser observados com cautela em face da não existência de conceitos iguais para a classificação das infecções.

Alguns trabalhos, de investigação epidemiológica de referência no país, nos informam o seguinte:

Hutzler e cols., em 1973, no Hospital das Clínicas da USP, estudaram a incidência de infecções pós-operatórias em 4.746 intervenções realizadas, obtendo uma taxa de 6,5% e para as feridas cirúrgicas um percentual de 3,08%.

Zanon e cols., em 1979, referiram uma incidência de 7,5% de infecções de ferida no serviço de cirurgia geral do Hospital de Ipanema no Rio de Janeiro.

Ferraz e cols., em 1979, identificaram uma incidência de 14,21% de infecções de feridas na cirurgia geral do Hospital de Clínicas da UFPE.

Em nosso Estado, atividades isoladas de Controle de Infecção Hospitalar vinham sendo feitas, sem haver comparabilidade pelos motivos expressos anteriormente.

A Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, com base no número de altas hospitalares no ano de 1980, que foi de 1.480.000, fez uma projeção estimativa das infecções hospitalares no Estado, naquele ano, utilizando uma taxa para infecções hospitalares de 4% obteve-se um total de 59.200 pessoas com infecção. Destes 59.200 casos estimou-se que 10% evoluíram ao óbito, atingindo 5.920 indivíduos.

Estes dados estimativos reforçam e justificam as ações de apoio às instituições que já faziam vigilância e controle das infecções em seus hospitais e de propiciar o estímulo inicial para criação de Comissões de Controle de Infecção naqueles hospitais que não possuíam este sistema.

O trabalho foi iniciado em 26 de maio de 1982, com o grupo de hospitais gerais da capital, através de reuniões de estudo e discussão sobre aspectos considerados básicos tais como a conceituação uniforme de infecção hospitalar com ênfase na topografia e os métodos de coleta de dados, ou seja, a vigilância epidemiológica.

## 2. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO (CCI)

Atualmente o único suporte formal que fixa as CCIs como órgão de existência obrigatória é uma Ordem de Serviço — SAM — nº 3924 de 1976, que determina a sua existência nos hospitais pertencentes ao INAMPS e considerados como órgão de assessoria à Direção destes hospitais.

Nas demais instituições são órgãos de existência esporádica ou rara. A despeito das alegações feitas com os custos para manter uma CCI, das dificuldades econômicas que os hospitais enfrentam, podemos justificar satisfatoriamente a estruturação de uma comissão, que poderá prestar serviço ao hospital, doentes, equipe de saúde e comunidade, chegando a promover economia no mais amplo sentido da palavra.

Os modelos mais clássicos de um sistema de Controle de Infecção são a formação de uma Comissão de Controle de Infecção e um Serviço de Controle de Infecção.

A Comissão de Controle de Infecção é basicamente composta por um representante da administração, um bacteriologista, um médico e um enfermeiro. Nos hospitais que possuem diferentes serviços é recomendável que haja um representante de cada um deles, ou seja, um representante da medicina interna, da cirurgia, da pediatria, da obstetrícia e ginecologia. A presença de representantes das demais áreas do hospital, como por exemplo, nutrição, limpeza, lavanderia, etc., se fará à medida que for necessário e solicitadas pelo coordenador da CCI ou pelo próprio serviço em questão.

Este grupo deve ser nomeado pela direção do hospital, já que servirá como órgão de assessoria desta e sua função básica é normativa.

O Serviço de Controle de Infecção (SCI) é composto por um enfermeiro em horário integral para cada 300 leitos e um médico que também participará das reuniões da CCI. A função básica da CCI é executativa, ou seja, operacionalizar as tarefas de vigilância, controle e treinamento, assegurando o cumprimento das normas emanadas da CCI. Estes são os profissionais retribuídos, do sistema de controle de infecção.

O que mais freqüentemente tem se encontrado é a não subdivisão formal entre CCI e SCI, embora sejam mantidos os profissionais executivos desta área. Portanto, trataremos como CCI o complexo de atividades a serem desenvolvidas na vigilância e controle de infecções.

### 3. ATRIBUIÇÕES DA CCI

As principais atribuições da CCI, são:

- a) Vigilância Epidemiológica, abrangendo os seus componentes de coleta de dados, classificação, análise, formulação de diagnóstico da situação, elaboração de recomendações e divulgação da informação.
- b) Educação em serviço visando três aspectos básicos:
  - estabelecer definições operacionais para uma correta coleta

- de dados e permitir a comparação com outras instituições
  - criar normas e rotinas que possibilitem obter resultados reprodutíveis e avaliação dos mesmos;
  - atualizar o conhecimento, periodicamente, da equipe de saúde.
- c) Supervisão e Controle: citamos alguns exemplos:
- uso de antibióticos — possuindo o conhecimento da quantidade, qualidade e os objetivos de sua utilização, se profilático ou terapêutico;
  - padronização e uso de germicidas — avaliar sua correta utilização; verificar a qualidade e quantidade utilizada;
  - técnicas de esterilização, assepsia, antissepsia e desinfecção: verificações periódicas nestas áreas é de importância vital para oferecermos as mais diferentes áreas do hospital, a todos os doentes e equipe de saúde, materiais, ambiente e procedimentos os mais assépticos possíveis;
  - revisão sistemática dos isolamentos; avaliar as indicações, a duração e as técnicas utilizadas também em caráter periódico;
  - revisão das condições de saúde do pessoal hospitalar: manter um vínculo estreito com todos os setores do hospital e o serviço médico pericial para ter conhecimento identificação e/ou encaminhamento de funcionário com doenças infecciosas e garantir o seu afastamento do trabalho quando indicado;
  - treinamento: também faz parte do controle, apesar de ser citado na educação em serviço. Esta é uma área considerada como de extrema importância, pois é preciso manter-se os níveis de motivação e atuação da equipe profissional do hospital;
  - reuniões periódicas para que sejam discutidos os problemas das mais diferentes áreas, com registro em atas, e sua apresentação à direção do hospital para conhecimento da situação sendo um meio de alimentação continuada do sistema.

#### 4. VANTAGENS DE UMA CCI

- a) Proteção à imagem do hospital, junto à comunidade;
- b) Diminuição dos custos globais;
- c) Melhoria do nível de assistência;
- d) Maior segurança ao paciente;
- e) Menor tempo de internação com conseqüente aumento da ro-

- tatividade do leito hospitalar;
- f) Menor agressão diagnóstica e terapêutica;
- g) Normatização das atividades relacionadas ao controle de infecção.

## 5. ÁREAS DE ATUAÇÃO DA CCI

Todas as áreas dentro e fora do hospital, que possam servir de fonte, veículo ou agente predisponente à infecção.

## 6. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Existem diversos métodos de coleta de dados, tendo todos eles limitações que devem ser conhecidas. Uma das mais significativas é a de que nenhum deles proporciona dados sobre 100% da ocorrência do fenômeno que se está acompanhando, precisando contar, decisivamente, com a conscientização de todos os profissionais de saúde de sua responsabilidade, como fonte geradora de dados.

Os métodos conhecidos atualmente, são:

### a) Livro de Registro de Infecções

Consiste na anotação dos casos de infecção em local específico, pelo médico ou enfermeiro do paciente. Há falhas grosseiras principalmente pela omissão deste registro, tendo como alegação os mais diferentes motivos, tais como falta de tempo, esquecimento, etc.

### b) Levantamento Diário dos Resultados Bacteriológicos

É o contato diário com o serviço de bacteriologia do hospital, recolhendo as segundas vias dos resultados dos exames. As falhas mais comuns são a não solicitação de exames bacteriológicos para todas as infecções diagnosticadas clinicamente, a valorização apenas dos resultados positivos das culturas obtidas e nem todos os resultados positivos significam infecção.

### c) Notificação não Controlada

Consiste no preenchimento de uma ficha de notificação de infecção, presente em todos os prontuários, pelo médico responsável do paciente. As falhas encontradas neste método são semelhantes às apresentadas pelo livro de registro de infecções.

### d) Pesquisa de casos pela CCI

O enfermeiro da CCI preencheria as fichas de notificação de infecção de todos os pacientes infectados, utilizando como fonte de dados os resultados dos exames bacteriológicos e outros exames complementares, registro de temperatura, prescrição de antibióticos, resultados de necrópsias, etc.

A eficácia deste método foi estimada entre 65 a 90% nos hospitais que o utilizaram.

A bibliografia tem recomendado a disponibilidade de um enfermeiro, em tempo integral, para cada 300 leitos, com isto, teríamos um trabalho de atuação específica aos pacientes infectados. Neste aspecto reside uma lacuna que é a não avaliação dos riscos inerentes a determinados tipos de procedimentos hospitalares, pela ausência de registros discriminados dos procedimentos aos quais foram submetidos os pacientes internados e as diversas atividades que o enfermeiro assume exemplificando com o treinamento, avaliação, etc.

e) Revisão Retrospectiva dos Prontuários.

É a revisão, após a alta, de todos os prontuários dos pacientes internados. Alguns centros têm utilizado, como recurso bastante útil e com bom índice de eficiência na detecção de casos de infecção, o preenchimento de uma ficha de notificação para cada paciente mesmo que não tenha havido infecção. Esta revisão é feita pela SCI. Uma das limitações deste método é o baixo índice de informações registradas neste prontuário, na maioria dos hospitais e a impossibilidade de ação no momento em que os problemas estão ocorrendo.

f) Levantamento da prevalência de infectados

Alguns autores têm publicado levantamentos baseados na prevalência de doentes com infecção hospitalar em um único dia do ano, em todo o hospital. Este método tem limitações em face da ocorrência de variações na incidência de infecções hospitalares ao longo do ano.

g) Notificação Controlada

Autores nacionais têm utilizado este método e consideram-no como o de melhor eficácia, estimando a detecção de 90,6% a 99,2% dos casos. Este método consiste no preenchimento compulsório de uma ficha de notificação de infecção, pelo médico responsável do paciente, existente em cada prontuário. O cumprimento dessa exigência é feita através das seguintes atividades:

1) Identificação dos pacientes que utilizam antimicrobianos

O enfermeiro de cada serviço, setor ou unidade de internação coloca na capa de todos os prontuários dos pacientes que estão recebendo antibióticos, um carimbo com a palavra ANTIBIÓTICO. Este recurso alerta ao médico a preencher a ficha de notificação, esclarecendo se o uso deste é profilático ou terapêutico, se existe infecção e se a mesma é comunitária ou hospitalar, de acordo com as definições estabelecidas pela CCI.

2) Identificação de pacientes infectados

Após a identificação de infecção e o registro feito pelo médico



na ficha de notificação, o enfermeiro do setor coloca outro carimbo na capa do prontuário do paciente com a palavra **INFECÇÃO**.

### 3) Seleção de prontuários de pacientes infectados

Após a alta do paciente do hospital, os prontuários são encaminhados ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) que fará um controle da notificação, verificando se todos os diagnósticos codificados como infecção tiveram o prontuário carimbado, assim como, se recebeu antibiótico também tenha sido carimbado e caso haja ausência de algum destes, devolve o prontuário ao setor respectivo para complementação. Completada esta parte, o prontuário será encaminhado à CCI para revisão do preenchimento da folha de notificação e a análise dos dados.

### 4) Supervisão da notificação

É feita pelo enfermeiro da CCI através de visitas periódicas às unidades, com o objetivo de verificar o cumprimento dos itens 1 e 2, ou através dos levantamentos da prevalência de pacientes infectados.

## 7. CONCLUSÃO

Como já foi dito, teoricamente, existirá a possibilidade de não apurarmos a totalidade dos casos e "escapar-nos" um pequeno número destes, que diminuirá à medida que a equipe de saúde se conscientize da importância do problema e sua responsabilidade direta com o mesmo. Este fato não impede, entretanto, que se disponha de informações suficientes para que se estabeleça um programa de controle de infecção hospitalar. Para que seja exequível é fundamental a existência de profissionais envolvidos especificamente nesta área e seja instituído em caráter formal, pela direção do hospital, uma comissão de controle de infecção.

O objetivo de um sistema de vigilância e da CCI são basicamente reduzir o risco de infecção para os pacientes e a equipe do hospital. Nesse sentido o sistema de vigilância deve apurar dados relativos aos pacientes, ao pessoal que trabalha no hospital, aos agentes que causam infecção e aos fatores que predispoem ou determinam a ocorrência dos mesmos.



SUMMARY: We present here the features of an Infection Control Committee, based on incidence reports, duration of stay for patients with hospital infection, and cost. Its descriptive and administrative functions are underlined, as well as its significance as center of the epidemiological inspection system. The advantages of a dynamic ICC are stressed, in its function as advisory office to Directors, in strengthening hospital image and in giving better assistance to patient, th the team and to the Community at large.

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. ALTEMEIER, William A. *Manual de controle da infecção em pacientes cirúrgicos*. São Paulo, Manole, 1978. 333 p.
2. FERRAZ, E. M. *Manual de controle de infecção em cirurgia*, São Paulo, EPU, 1982.
3. U.S.DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. *Outline for surveillance and control of nosocomial infection*. Atlanta, Centers for Disease Control, 1974.
4. ZANON, U. et alii. Controle de infecções hospitalares. *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, 23(8):351-60, ago. 1975.
5. \_\_\_\_\_. Diretrizes para organização e implantação de uma comissão de controle de infecções hospitalares. *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, 27(4):115-9, abr. 1979.
6. \_\_\_\_\_. Métodos epidemiológicos para controle de infecções hospitalares. *Revista Brasileira de Cirurgia*, Rio de Janeiro, 69(5/6):163-70, maio/jun. 1979.

Endereço do Autor: Vitor Hugo Della Valentina  
Author's Adress: Rua Marcelo Gama, 1038/304  
90.000 – PORTO ALEGRE (RS).